

## Escala de Queda de Morse: contributo para a implementação de um modelo de supervisão clínica enfermagem

Pedro Barbosa<sup>1</sup>; Luís Carvalho<sup>2</sup> & Sandra Cruz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Enfermagem do Porto, Mestre em Supervisão Clínica em Enfermagem.

<sup>2</sup> Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor coordenador.

<sup>3</sup> Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor adjunto.

Autor correspondente: **Pedro Barbosa** (barbosapedro.ifm@gmail.com)

### Resumo

A supervisão clínica é um processo dinâmico, reflexivo e integrativo que desempenha um papel fundamental na busca pelo aperfeiçoamento, pois permite ao indivíduo desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidades pela sua prática e proteger o doente fomentando a qualidade dos cuidados. Neste contexto, o projeto de investigação “Supervisão clínica para a segurança e qualidade dos cuidados” (C-S2AFECARE-Q) identificou o risco de queda como uma área de intervenção, uma vez que as quedas são a segunda causa de morte a nível mundial (OMS 2012). A primeira fase do referido projeto identificou as necessidades dos enfermeiros, o que levou à implementação de um modelo de supervisão clínica. Ainda nessa fase concluiu-se que existiam dificuldades na aplicação da Escala de Quedas de Morse (EQM) (Lamas 2012). Tendo em conta que a avaliação do risco é uma intervenção essencial para a prevenção de quedas (Chang et al. 2004), a segunda fase do projecto C-S2AFECARE-Q foi iniciada com sessões de supervisão com o intuito de dotar os Enfermeiros de competências para prestarem cuidados de enfermagem mais seguros, através da correta avaliação do risco de queda com a utilização da EQM. Este foi o objetivo para as referidas sessões e para esta comunicação livre. Apresentaremos a EQM e refletiremos sobre a sua utilização, explicando, neste contexto, o que é um antecedente de queda, o que se considera como diagnóstico secundário, como é ponderado o apoio para a deambulação, de que forma contribui a medicação endovenosa e como é avaliado o tipo de marcha e o estado mental de cada doente.

**Palavras-chave:** Supervisão clínica em enfermagem; risco de queda; Escala de Quedas de Morse; qualidade dos cuidados; segurança dos cuidados.

### Abstract

Clinical Supervision is a dynamic, reflective and integrative process which plays a key role in improvement of care, because it allows the individual to develop knowledge and skills, take responsibility for their practice and protect the patient, promoting the quality of care. In this context, the research project “Clinical Supervision for safety and quality of care” (CS2AFE-CARE-Q) identified fall risk as an intervention area, since falls are the second leading cause of death worldwide. The first phase of this project identified the needs of nurses which led to the implementation of a clinical supervision model. Still at this stage it was concluded that there were difficulties in applying the Morse Falls Scale (MFS). Given that the risk assessment is an essential intervention for preventing falls, the second phase of the project C-S2AFECARE-Q was initiated with supervision sessions in order to endow nurses’ skills to provide safer nursing care through proper assessment of fall risk with the use of MFS. This was the goal for these sessions and for this communication. We will present the MFS and reflect on its use, explaining, in this context, what is a history of falling, what is considered as a secondary diagnosis, how is the support for ambulation measured, how does intravenous medication contributes and how is the type of motion and the mental state of each patient evaluated.

**Keywords:** Nursing clinical supervision; risk of falling; Morse Falls Scale; quality of care; care safety.

### Supervisão clínica em enfermagem e a Escala de Quedas de Morse

O conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE), apesar de relativamente recente, tem sido alvo de diferentes definições por aqueles que têm desenvolvido trabalhos nesta área, embora diferentes todas se tocam convergindo para um ponto comum que é a qualidade dos cuidados e reflexão da prática. A qualidade dos cuidados em saúde é considerada como sendo um direito dos clientes e, simultaneamente, uma responsabilidade por parte dos profissionais de saúde (Idvall 1997). Segundo DoH (1993 cit. por Abreu 2007), a supervisão clínica é uma expressão usada para descrever um processo formal de suporte profissional e aprendizagem, que permite ao indivíduo desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidade pela sua prática e proteger o doente, fomentando a qualidade dos cuidados, sendo estruturante para o processo de aprendizagem e melhoria das práticas e devendo ser encarada como meio para encorajar a auto-avaliação e o desenvolvimento de capacidades crítico-reflexivas.

A supervisão clínica, enquanto processo dinâmico, reflexivo e integrativo, desempenha, ou deve desempenhar, um papel central na busca constante de aperfeiçoamento, pois permite ao indivíduo desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidades pela sua prática e proteger o doente fomentando a segurança e a qualidade dos cuidados. Ainda segundo Abreu (2007), a SCE é uma das dimensões relevantes para os processos da qualidade e da acreditação, tendo em conta os ganhos que proporciona a nível da assistência.

Fazendo-se uma análise histórica da prestação de cuidados, verifica-se que a preocupação com a qualidade é relativamente recente e que a sua sistematização se encontra implementada em diferentes escalas nos diversos países. Tradicionalmente, era o próprio médico que avaliava a qualidade dos cuidados, prestados no âmbito do seu exercício profissional e aceites sem reservas por parte dos doentes, que viam a competência associada a uma certa bondade paterna-

lista (Fragata 2006). No mundo atual, este paradigma não pode mais ser aceite, pelo valor inestimável da vida humana, associado aos avanços tecnológicos da e na saúde veiculados pelos meios de comunicação social, surge uma exigência legítima de cada indivíduo à saúde (Fragata 2006). Tudo isto suscitou uma crescente preocupação com a qualidade na saúde, o que levou ao surgimento de diversas organizações de acreditação e de auditoria externa especialmente nos Estados Unidos e no Reino Unido (Fragata 2006).

Um dos fatores a ter em conta em qualquer política de qualidade é a Gestão de Risco. Este aspeto, juntamente com a performance técnica, os recursos e a satisfação dos doentes, já era preconizado em 1989 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das dimensões que contribuem para a qualidade nos cuidados de saúde (Fragata 2006). Associada à Gestão de Risco aparece, inevitavelmente, a segurança do doente. O próprio Alto Comissariado da Saúde (2010) liga os dois conceitos quando afirma que “a Segurança é uma das principais dimensões da qualidade e a Gestão do Risco, um instrumento para a sua garantia”. Assim, relacionado com a gestão do risco e tendo em conta os indicadores de qualidade que os enfermeiros devem ter presentes, aquando da sua prestação de cuidados, a Ordem dos Enfermeiros (OE) referencia o foco Cair como sendo uma das áreas a ter em atenção (OE 2007).

Efetivamente, de acordo com OMS as quedas são a segunda causa de morte por acidente a nível mundial, a seguir aos acidentes de viação, sendo estimado que, anualmente, cerca de 424.000 indivíduos morram vítimas de queda (OMS 2012).

Segundo a *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO) (2005), as consequências resultantes das quedas causam dor e sofrimento, quer aos clientes, quer às suas famílias, bem como implicam elevados custos monetários à sociedade, sendo portanto, vital identificar fatores de risco e promover programas de prevenção de quedas.

Ainda de acordo com a OMS (2007) a formação, criação de ambientes seguros e normas que visem a prevenção de quedas são essenciais, pelo que os enfermeiros têm um papel fundamental na área da prevenção de quedas, já que são os profissionais mais próximos dos clientes. Na verdade o enfermeiro visa diariamente a excelência no seu exercício profissional, sendo a prevenção de complicações no cliente uma das suas preocupações.

Decorrendo desta necessidade de se promover estratégias para diminuir o número de quedas, favorecendo a qualidade de cuidados de enfermagem prestados aos clientes, surge a necessidade de se identificar, o mais corretamente possível, as pessoas com risco de queda, pois tal como afirma Morse (2009), o aspecto mais importante da prevenção das quedas é antecipar o seu acontecimento. Segundo Chang (2004) e colaboradores, na análise das várias intervenções destinadas à prevenção de quedas, concluíram que as mais eficazes foram a avaliação do risco de queda e a gestão programada de prevenção das quedas na qual é essencial a avaliação do risco. Portanto os enfermeiros desempenham um importante papel, identificando as pessoas com risco de queda e implementando intervenções que as previnam (Williams et al. 2007).

Resumidamente a supervisão clínica é uma ferramenta que tem como principal objetivo a promoção da qualidade dos cuidados e da segurança do doente, através de um processo de acompanhamento, de colaboração, de formação e reflexão de conteúdos da prática, associados aos conhecimentos teóricos e à constante procura do conhecimento mais recente. É com estes pressupostos que inserido na segunda fase do projeto: Supervisão Clínica para a Segu-

rança e Qualidade dos Cuidados, a decorrer no Cento Hospitalar do Médio Ave (CHMA) (C-S2AFECARE-Q) e tendo em conta os resultados obtidos, junto dos enfermeiros, na primeira fase do referido projeto, pela investigadora Bárbara Lamas relativamente ao risco de queda, que se percebeu a importância de se implementar um modelo de SCE que fosse potenciador das competências dos enfermeiros para a avaliação do risco de queda.

Para o planeamento das sessões de SCE, no que concerne ao risco de queda, são de extrema importância os dados obtidos na primeira fase de forma a que o mesmo vá de encontro às necessidades identificadas. Assim, segundo Lamas (2012), percebemos desde logo que a maioria dos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA – unidade de Santo Tirso, apresentam risco de queda (83,3%) em contraste com os 16,7% que não apresentavam risco de queda. Daí a importância da correta avaliação deste risco, contudo segundo a mesma autora, este procedimento foi corretamente realizado em apenas 33,3% dos casos. Para além disso, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre a aplicação da Escala de Quedas de Morse (EQM) na admissão entre o enfermeiro e a investigadora, assim como diferenças estatisticamente significativas num momento posterior de observação entre o enfermeiro e a investigadora e entre a investigadora e os registos de enfermagem (Lamas 2012). Esta situação poderá ocorrer, segundo a autora, pela existência de dúvidas na aplicação da EQM, por défice de formação sobre a utilização da mesma, assim como pela possibilidade da escala não ser a mais adequada às características da população e pela subjetividade na interpretação e aplicação da mesma. De facto, estas hipóteses são as que emergiram do estudo realizado e que se adequam à realidade, isto porque tal como refere Lamas (2012) a escala em utilização (EQM) não foi previamente traduzida nem validada para a população portuguesa, apesar de ser de aplicação obrigatória a todos os doentes. Posto isto e tendo em conta a sua relevância para o projeto, para os enfermeiros e principalmente para a qualidade e segurança dos cuidados, procedeu-se à realização de sessões supervisivas que formassem os profissionais para a correta aplicação da EQM.

Estas sessões consistiam em momentos reflexivos, onde se discutiram criticamente os resultados obtidos na primeira fase do projeto, e momentos formativos onde se efetuaram sessões de formação direcionadas para as necessidades identificadas nessa primeira fase. Assim, no que se relaciona com o risco de queda, as sessões de supervisão efetuadas tinham como intuito a formação dos profissionais para aplicação da EQM, tal como o esclarecimento de dúvidas quanto à sua aplicação, de forma a se uniformizar e identificar o mais corretamente possível o risco de queda, com o desígnio de se potenciar as competências dos enfermeiros no seu desenvolvimento profissional, pois tal como afirma a OMS (2007), a formação é uma estratégia essencial para a efetiva prevenção das quedas por parte dos profissionais de saúde.

As sessões, ainda que maioritariamente de carácter formativo, eram sessões que promoviam o envolvimento de todos os supervisados a vários níveis, de forma a se sentirem parte integrante da solução para os problemas identificados na primeira fase do estudo. Nessas sessões de supervisão, no que ao risco de queda diz respeito, foi efetuada formação sobre a EQM para que fosse possível atingir os seguintes objetivos:

- Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados através da correta avaliação do risco de queda com a EQM;

- Dotar os Enfermeiros de competências para uma melhor avaliação do risco de queda através da EQM.

Estes são os objetivos comuns que nos propusemos a atingir, tanto nas sessões supervisivas como serão também os objetivos para esta comunicação livre como se de uma sessão supervisiva se tratasse, com o intuito de se dar a conhecer o trabalho efetuado. Para isso a formação efetuada nessas sessões de supervisão será também replicada nesta comunicação (a qual se encontra no seguinte capítulo).

É de salientar que esta é a segunda fase do projeto C-S2AFECARE-Q e que numa terceira fase se irá efetuar uma reavaliação da utilização da escala, assim como e por conseguinte a verificação das repercussões que estas sessões de supervisão terão na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

### Formação

As sessões formativas consistiram essencialmente na explicação sistematizada de todos os tópicos da EQM, cada um deles acompanhado com instruções para a sua melhor perceção, instruções essas que serão parte integrante de um manual de utilização da EQM, que será futuramente elaborado. Estes momentos formativos eram parte integrante das sessões de supervisão, onde se fomentou um ambiente de interação, reflexão e compreensão.

Como já foi referido a EQM não foi traduzida nem validada para a população portuguesa, para além disso, a falta de formação leva a uma maior subjetividade e dúvidas na sua aplicação, o que inevitavelmente origina avaliações incorretas.

A EQM, desenvolvida por Janice Morse, com a sua última publicação no seu livro de 2009, é constituída por seis tópicos com duas ou três possibilidades de resposta para cada um, a que cada uma das respostas corresponde uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada, pelo enfermeiro, a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis elementos, irá resultar numa pontuação total que pode variar de 0 a 125 pontos. Este score indica o risco de queda de uma pessoa de uma forma crescente, isto é, quanto maior o score obtido maior o risco de queda apresentado pela pessoa.

Quando se tentam efetuar divisões quanto ao risco de queda de forma a nivelar o risco, a autora refere que o “cut-off score” deve de ser de 45 pontos, isto é, valor igual ou superior a 45, indica um elevado risco de queda.

O primeiro tópico da escala reporta-se aos antecedentes de queda, considerando-se como afirmativo no caso de existência de uma queda no último ano ou aquando do internamento.

O segundo ponto refere-se ao diagnóstico secundário, considerando-se como afirmativo quando existe mais do que um diagnóstico identificado no processo clínico que contribua para o risco de queda. É de salientar que a medicação já se encontra incluída neste tópico pois, segundo Janice Morse (2009), quando existe mais do que um diagnóstico, existe a utilização de mais medicamentos e é a multimedicação que contribui para o aumento do risco.

O terceiro tópico refere-se ao apoio para a deambulação, onde é considerado apenas se a pessoa utiliza auxiliares para deambular, assim consideramos 0 pontos se a pessoa deambula sem auxiliares de marcha (ou se é sempre assistido pelo enfermeiro), se usa cadeira de rodas

(adaptado ou transferido) ou se está e cumpre repouso na cama, não saindo da mesma; 15 pontos se a pessoa utiliza algum auxiliar de marcha (bengala, canadianas, andarilho) e 30 pontos se deambula apoiando-se na mobília, ou em tudo o que se encontra ao seu redor.

O quarto ponto refere-se a medicação endovenosa, considerando-se apenas afirmativo se a pessoa se encontra com terapia endovenosa em perfusão contínua.

Em quinto lugar encontra-se a marcha, isto é o tipo de marcha que a pessoa apresenta, como é que a pessoa deambula, sendo que se atribui 0 pontos se a pessoa deambula com a cabeça erguida, sem hesitações, com braços a moverem-se livremente ao lado do corpo; assim como quando se move em cadeira de rodas (adaptado ou transferido) ou se está e cumpre repouso na cama, não saindo da mesma; 10 pontos se a pessoa deambula encurvada, mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, se utilizar a mobília ou o que está em redor é de uma forma leve apenas para uma segurança, não é o agarrar para se manter direito; e 20 pontos se tem dificuldade em levantar-se da cadeira, realizando várias tentativas, balançando-se. A cabeça virada para o chão para onde se concentra. Deambula agarrada à mobília ou amparada em pessoas (não consegue caminhar sem ajuda). Apresenta marcha de pequenos passos e vacila.

Por fim, o sexto ponto refere-se ao estado mental, ou melhor dizendo à sua capacidade de perceção do risco, atribuindo-se 0 pontos se a pessoa tem consciência do risco e das suas limitações, agindo de acordo com as mesmas e 15 pontos se a pessoa não tem consciência do risco nem das suas limitações, embora possa estar orientada no tempo e no espaço, não age é de acordo com as suas limitações.

### Referências bibliográficas

- ABREU, W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Coimbra: Formasau, 2007.
- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde 2010-2016, Eixos Estratégicos – Qualidade em Saúde (Versão Discussão)*. Lisboa: ACS e MS, 2010. Disponível em: [http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/qs\\_18-03-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/qs_18-03-2011.pdf), consultado em 19/12/2011
- CHANG, J. T. et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: Systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *British Medical Journal*. 2004, 328, 680.
- FRAGATA, J. et al. *Risco Clínico: Complexidade e Performance*. Coimbra: Almedina, 2006.
- IDVALL, E., ROOKE, L. e HAMRIN, E. Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 1997, 25, 6 -17.
- MORSE, J. *Preventing Patient Falls*. 2.ª Ed. New York: Springer Pub, 2009.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Resumo Mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*, 2007 [consultado 4 fevereiro 2013]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf)
- REGISTERED NURSES ASSOCIATIONS OF ONTARIO. *Prevention of falls and fall Injuries in the older adult*. Ontário: RNAO, 2005.
- WILLIAMS, T.A. et al. Evaluation of a falls prevention programme in an acute tertiary care hospital: aims and objectives. *Journal of Clinical Nursing*. 2007, 16, 316-324.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Falls*, 2012 [consultado 16 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Global Report on falls Prevention in Older Age*. França: WHO, 2007 [consultado 17 fevereiro 2013]. Disponível em: [http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)